N° 31
16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECZÉMA

DE DENTITION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mars 1904

PAR

Honoré DOZOUL

Né à Braux (Basses-Alpes), le 31 juillet 1879.

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
FORGUE . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	GALAVIELLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

H. DOZOUL.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DES MALADIES DES ENFANTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

H. DOZOUL.

INTRODUCTION

Pendant les quelques mois de pédiatrie pratique que nous avons passés dans le service de M. le professeur Baumel, nous avons été frappé de la fréquence de l'eczéma chez l'enfant.

Disons tout de suite, combien nous avons été séduit par l'explication ingénieuse et si peu compliquée tout ensemble qu'en donne notre éminent maître : l'eczéma accident de dentition. De là l'idée de notre travail.

Ce n'est pas que nous ne nous soyons pas rendu compte d'un sujet neuf et original, d'ailleurs si discuté par certains auteurs ; nous l'avons cependant entrepris sous les auspices de notre maître, dont les conseils ont fait notre tâche moins ardue. Il reconnaîtra sans peine que nous ne nous sommes pas fait faute de piller ses travaux.

Pour ce qui est de l'exécution de cette rapide monographie, nous ne nous en dissimulons point les imperfections. Nous les eussions voulu moindres, mais l'extrême bienveillance de nos juges nous permet d'espérer pour elle un accueil indulgent.

Nous avons adopté le plan qui nous a paru le plus rationnel.

Après quelques mots sur l'état de la question à l'heure actuelle, nous avons cru devoir donner une vue d'ensemble du sujet, puis, entrant au cœur même de ce travail, nous mettons nos observations au début de la symptomatologie qui s'en dégage. A un court chapitre sur les lésions anatomo-pathologiques succède celui de la pathogénie et de l'étiologie, véritable clou de la question.

Nous lui avons donné cette place inaccoutumée, parce que nous avons tiré nos théories pathogéniques de faits cliniques, c'est-à-dire des observations, et, par conséquent aussi, de la symptomatologie. Ces derniers devaient donc précéder et servir pour ainsi dire de base.

Viennent ensuite quelques mots sur les complications, le diagnostic et le pronostic, et nous avons terminé par le traitement. Pour conclure, nous en dégageons en quelques phrases concises les grandes lignes.

Avant d'aborder notre sujet, nous avons à nous acquitter d'un devoir bien agréable : exprimer toute notre gratitude aux maîtres qui, durant notre scolarité, n'ont cessé d'avoir pour nous une bienveillante sollicitude, surtout à Montpellier.

Qu'il nous soit permis d'offrir à M. le docteur Maunier, médecin en chef, et à M. le docteur Cossa, ancien médecin-adjoint à l'asile d'Aliénés de Marseille, l'hommage de notre profonde reconnaissance. Durant notre séjour dans leur service en qualité d'interne, nous avons pu, grâce à leurs conseils nous initier aux maladies mentales.

Nous prions M. le professeur Baumel d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance et l'accueil que nous avons trouvé auprès de lui, alors que nous avions l'honneur de remplir les fonctions d'externe dans son service, et pour la nouvelle marque d'intérêt qu'il veut bien nous donner en acceptant la présidence de notre thèse.

Merci encore au docteur Germain, chef de clinique des maladies des enfants, et à M. P. Delmas, interne du service, pour l'amabilité avec laquelle il nous ont prêté leur concours. Au dernier nous devons notamment, en outre du graphique qu'il vient d'établir, communication d'une bonne partie des observations rapportées dans le cours de ce travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ECZÉMA

DE DENTITION

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous n'essaierons pas de faire l'historique complet de notre question ; il se confond avec celui des accidents de dentition et se trouve dans les thèses qui ont traité ce sujet. Nous avons pensé qu'il était préférable d indiquer sommairement, dans une revue générale et rapide, ce qui a été dit par les auteurs les plus connus et les plus autorisés dans ces derniers temps.

L'existence de l'eczéma de dentition est loin d'être admise par tous les pédiâtres et les dermatologues ; la plupart, au contraire, lui ont refusé droit de cité dans le domaine de la pathologie infantile. C'est à peine si quelques uns, mais combien rares, ont essayé d'élever la voix pour lui, pas suffisamment à notre avis; son existence niée ou imparfaitement connue mérite d'être remise à jour avec plus de netteté.

On peut convenir que l'influence de la dentition a été exagérée par les anciens auteurs; mais il ne faudrait pas, en voulant remédier à une tendance fâcheuse, tomber dans une autre.

Bouchut cite l'eczéma mais pour le réfuter, bien qu'il soit convaincu de l'importance de la dentition et de son retentissement sur la vie de l'enfant, puisqu'il dit avec raison : « Quand vers la fin de la seconde année, ses vingt dents sont sorties, la première dentition est achevée, la vie des enfants est assurée : elle était auparavant bien incertaine, puisque les calculs sur les probabilités de la vie humaine prouvent que le tiers des enfants qui naissent à une époque donnée, meurent avant d'avoir atteint l'âge de 23 mois. » (1)

Magitot a nié énergiquement l'existence des maladies de la dentition, en s'appuyant sur ce raisonnement que celle ci est un événement purement physiologique.

Cette objection tombe d'elle-même, si nous mettons en regard cette phrase de Claude Bernard :

« L'état pathologique n'est qu'un trouble, une exagération d'un phénomène physiologique, en un mot, l'état pathologique sous forme larvée. »

Le célèbre dermatologiste de Hambourg, le professeur Unna, considère la dentition comme un phénomène, non pas capable de provoquer l'eczéma, mais de créer seulement une prédisposition ; car, pour lui, la cause réelle et essentielle de l'eczéma est l'inoculation à la peau d'un germe morbide, d'un parasite probablement d'origine végétale. « Mais pour que l'eczéma se produise, il

---

(1) Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1855.

faut que ce parasite puisse proliférer dans l'épiderme et dans ses annexes, il faut donc que cet épiderme soit un bon terrain de culture, et cette condition comprend tout ce que l'on a rangé parmi les causes prédisposantes et excitantes. La nature congénitale de la peau (hérédité), les maladies intercurrentes et surtout celles qui altèrent la nature des sécrétions cutanées (rhumatisme, goutte), les modifications des tissus cutanés comme celles qui se produisent aux diverses périodes de la vie (dentition, menstruation, ménopause). »

Il admet cependant son existence, mais il leur assigne des caractères qui nous paraissent trop exclusifs.

Pour lui « le voisinage des yeux, du nez et de la bouche, est indemne, de telle sorte que l'eczéma entoure la face, *comme un masque dont on aurait coupé le milieu.* Il survient sur la peau complètement saine, en général au milieu des joues, puis sur le front, d'une manière tout à fait symétrique, et presque en même temps sur la face radiale du dos des mains et du poignet. Il est extrêmement prurigineux, il est entièrement sous la dépendance d'irritations réflexes et spécialement de la marche de la dentition ; il disparaît parfois après la sortie de quelques dents, aussi rapidement qu'il est venu, pour revenir quelques jours plus tard. »

Nous convenons qu'il prend ces caractères dans la majorité des cas, et surtout lorsqu'il s'agit, comme nous le verrons plus loin, de la dentition de lait, mais ils sont loin d'être toujours constants, bien que dépendant de la même origine.

Dans le *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel, MM. Gaucher et Barbe, qui ont écrit l'article « eczéma », s'expriment ainsi : « L'eczéma de dentition, qui se montre chez certains enfants à l'apparition des

dents de lait, est un eczéma diathésique, qui se développe parce que les enfants sont eczémateux constitutionnellement. »

Dans son *Traité des maladies de l'enfant*, Comby dit : « La dentition, si souvent invoquée, ne m'a semblé jouer aucun rôle pathogénique. Sans doute, l'eczéma est très commun chez les enfants à l'âge de la première dentition; il y a coïncidence, mais non pas relation de cause à effet. En somme, *l'eczéma de dentition* n'existe pas plus que *la diarrhée, la fièvre, la bronchite de dentition.* »

Enfin, pour ne pas encourir le reproche d'être par trop incomplet, citons encore l'opinion émise dans le traité de dermatologie le plus considérable de notre époque, nous voulons parler de la *Pratique de dermatologie*, de Besnier, Brocq et Jacquet.

« Bien que très exagérée anciennement, l'action exercée dans la provocation de l'eczéma infantile et de ses paroxysmes, par la dentition chez les sujets prédisposés, est aussi manifeste qu'elle le peut être pour les urticaires infantiles vulgaires, les prurigos diathésiques, diverses autres dermo-épidermites ; mais il n'y a pas à aller plus loin ; cette constatation étant suffisante pour préciser les médications pratiquées dans les cas particuliers. Rien n'autorise à former un *type eczématique* défini sous le nom *d'eczéma de dentition ;* le phénomène de dentition pouvant être aussi douloureux et irritable que l'on veuille le supposer sans produire aucune altération tégumentaire s'il n'existe pas, *en même temps*, d'autres conditions eczématogènes, au premier rang desquelles, la prédisposition individuelle. »

Parmi tous les autres auteurs que nous avons consultés, mais que nous ne citerons pas, quelques-uns passent sous silence ce chapitre de la pathologie infantile, d'au-

tres le citent pour en faire d'un seul mot l'oraison funèbre.

Seul notre maître, M. le professeur Baumel, depuis 1888 a étudié à fond la question et a dégagé nettement dans ses divers travaux ce qu'on devait en penser. C'est à eux que nous avons dû recourir, et c'est grâce à eux et aux conseils de notre éminent maître que nous avons pu mener à bout notre modeste ouvrage.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'eczéma ou dermatose inflammatoire est une affection très commune dans la première enfance, chez le nourrisson en particulier, pendant la dentition de lait. Il peut prendre alors un aspect particulier qui l'a fait appeler par le peuple « croûte de lait » et qui correspond à l'eczéma impétigineux.

Si l'on en croit Comby, il y aurait 5 enfants eczémateux, 10 pour Marfan, sur 100. Enfin, d'après une statistique dressée par M. le professeur Baunel pour l'année 1889-1890, sur 766 consultations appliquées à 520 malades, le nombre des cas d'eczémas s'élève à 110, c'est-à-dire à plus de un cinquième.

Malgré cette fréquence relativement considérable qui fait que l'observation de cette affection est à la portée de bien des praticiens, sa pathogénie est encore peu connue. Dans bien des cas, les auteurs qui ne veulent en rien accorder à la dentition une influence quelconque, sont obligés de recourir, pour l'expliquer, à des causes qui sont loin de satisfaire l'esprit.

Si l'on songe que l'eczéma survient rarement avant le quatrième ou cinquième mois, qu'il commence, par conséquent, avec l'évolution dentaire et qu'il disparaît pres-

que toujours vers deux ans, c'est-à-dire vers la fin de cette même évolution, on est frappé de cette coïncidence, qui ne doit pas être fortuite puisque c'est un caractère constant et reconnu de tous les auteurs. On ne trouvera donc pas extraordinaire que nous fassions précéder notre étude d'un court aperçu sur l'évolution dentaire, pour en indiquer brièvement la marche générale.

Cette étude de la première dentition a, depuis les premiers temps de la médecine, attiré l'attention des auteurs. Un certain nombre de savants ont cherché à déterminer l'époque de la sortie des dents et l'ordre de leur éruption.

Lorsqu'on examine les travaux qui ont été faits à ce sujet, si simple en apparence, on reste étonné de la divergence des opinions émises. Les dents sortent à des époques différentes, dans des ordres absolument variables, selon les différents auteurs. Si bien qu'après avoir lu un certain nombre d'ouvrages, on arrive à ne pas pouvoir formuler un jugement.

Il est vrai que « chaque enfant apporte sa personnalité dans l'accomplissement de cet acte physiologique », et si on en a pu citer qui sont venus au monde avec plusieurs dents, comme Louis XIV, Mazarin et Mirabeau, d'autres, au contraire, ont été des retardataires. Témoin le cas cité par M. le professeur Baumel, dans le *Montpellier Médical* de 1888, d'un garçon mort à 22 ans, n'ayant jamais eu de dents.

D'après Trousseau, les filles seraient plus précoces que les garçons et ceux-ci plus sensibles à ces accidents. L'allaitement semble aussi avoir une certaine influence ; le biberon retarderait l'éruption.

Nous ne nous attarderons pas à publier les nombreuses statistiques faites jusqu'à ce jour ; qu'il nous suffise

de citer l'opinion de Bouchut, parce qu'elle nous paraît concorder le mieux avec la majorité des cas :

« C'est vers la fin du sixième ou septième mois environ que les dents incisives, moyennes, inférieures percent le tissu des gencives. Peu de temps après, les incisives correspondantes de la mâchoire supérieure paraissent, puis les incisives latérales supérieures et enfin celles de la mâchoire inférieure. Les premières petites molaires, au nombre de quatre, succèdent aux incisives, laissant entre elles et les incisives un espace que rempliront plus tard les canines ou lanières dont l'éruption est généralement plus tardive et plus laborieuse ; les secondes petites molaires ne tardent pas à suivre les canines : ces petites molaires sont plus grosses que les dents correspondantes de la seconde dentition. »

Nous citerons comme étant très judicieuse la remarque de M. le professeur Baumel : « A l'exception des incisives latérales, toutes les dents de la mâchoire inférieure précèdent leurs correspondantes du maxillaire supérieur. »

« Aux vingt dents s'ajoute, continue Bouchut, deux nouvelles molaires à chaque mâchoire, lorsque l'enfant est parvenu à la fin de sa *quatrième* année... Vers la *neuvième année*, deux nouvelles grosses molaires naissent au delà des premières : l'enfant a dès lors vingt-huit dents. La dentition est complète quelquefois de 18 à 30 ans et quelquefois beaucoup plus tard. Les dents tardives ou de sagesse, au nombre de deux à chaque mâchoire, se montrent à la partie la plus reculée des bords alvéolaires. »

En résumé, nous avons une première dentition de 6 mois à 2 ans, une deuxième de 6 à 7 ans, dent dite de 4 ans ou troisième molaire, une troisième de 9 à 16, 13 en moyenne (dent dite de 9 ans ou quatrième molaire).

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'eczéma de la pre-

mière dentition, il est incontestablement le plus fréquent, mais, comme nous le verrons par la suite, l'eczéma peut aussi se montrer dans le cours de la deuxième et troisième dentition, différant seulement du premier par leur localisation.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'aborder la symptomatologie de l'eczéma consécutif à la dentition, nous croyons qu'il est rationnel de commencer ce chapitre par les observations. Ce sont elles, en effet, qui, étant la véritable reproduction des différents faits cliniques isolés, donnent par leur ensemble l'image exacte de la maladie et du malade.

Cette symptomatologie ressortira d'autant plus nette et éclairée d'un jour tout nouveau, au point de vue pathogénique, que nous avons la bonne fortune de publier *in extenso* la belle observation si complète, que M. le professeur Baumel a publiée dans le *Montpellier médical* de 1888, et qu'il nous a autorisé à publier. Elle fut pour lui le trait de lumière, et elle sera, nous en sommes persuadé, la preuve convaincante de l'influence de la dentition sur l'eczéma et son évolution, pour tous ceux qui la liront.

Nous diviserons nos observations en trois séries, comprenant chacune tous les cas concernant respectivement les trois dentitions de l'enfant.

Nous joindrons à chaque série, et pour l'observation la plus typique, une planche représentant la courbe de la dentition, dont l'exécution est due à M. P. Delmas, interne du service, sous l'inspiration de M. le professeur

Baumel. Nous devons à leur bienveillance d'en avoir la primeur pour notre travail, aussi avons-nous à cœur de les en remercier.

On comprendra l'utilité et les avantages de cette planche, si nous disons qu'elle vient d'être adoptée dans le service de notre éminent maître, pour prendre place à côté de la courbe thermique, place méritée si l'on convient de l'importance très grande de la dentition.

Nous avons marqué au rouge les dents déjà sorties, et au bleu celles en évolution. La planche se rapporte à la première observation de chaque série.

GROUPE I

Observation Première

(Prise dans le service de M. le professeur Baumel.)

Salle Pourché-Adélie. Au lit n° 5.

M... A.... 2 ans.

Antécédents. — a) *Héréditaires :* inconnus.

b) *Personnels :* l'enfant a eu la rougeole au mois de décembre.

Maladie actuelle. — a) Début : l'enfant nous est amené par sa famille à cause des croûtes qui couvrent son visage, 10 décembre 1903.

b) Etat actuel. — L'enfant présente :

1° Sur la face, au sillon naso-génien gauche et à la commissure labiale du même côté des exulcérations de forme très irrégulière et paraissant constituées par des vésico-pustules agminées par leurs bords. Il en résulte des plaques croûteuses qui, une fois détergées, présentent une surface rougeâtre ;

2° Au crâne, mêmes éléments sur le cuir chevelu, surtout au niveau du vertex et de la nuque. L'éruption, qui paraît indépendante du bulbe pileux, ne s'accompagne pas de godets ni de chute de cheveux. En retour, les ganglions de la nuque sont fortement engorgés.

Les deux canines du maxillaire supérieur commencent à évoluer.

Le petit malade, après un pansement local et l'absorption de sirop de raifort iodé, voit ses lésions s'amender.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Service de M. le Professeur BAUMEL

Salle Pouchet N° 5 — Nom M. A.

Diagnostic Eczéma de la face — Né le 16 9bre 1901

N. B. Indiquer sur le schéma la date d'apparition.

a) pour les dents de lait : le mois en chiffres romains (*de VI à XXIV*)

b) pour les dents permanentes : l'année en chiffres arabes (*de 6 à 24*)

Observation II

Publiée par M. le professeur Baumel dans *Montpellier Médical* de 1888

J... B..., né le 28 janvier 1885, est soumis à l'allaitement maternel.

Jusqu'à l'âge de 3 mois, il ne présente à noter rien de particulier. A cette époque, il se produit sur la peau de la face (front et joues) de petites élevures offrant d'abord le caractère de simples rugosités superficielles, analogues à la desquamation furfuracée, épithéliale, sans changement de coloration des surfaces tégumentaires intéressées.

Des papules ne tardent pas à se développer sur ces plaques rugueuses. Isolées d'abord et de couleur de peau, ces papules passent bientôt au rouge tendre. Au bout de quelques jours, leur nombre est plus considérable, leur base s'élargit en même temps que le sommet se déprime et s'aplatit, ce qui leur donne une certaine analogie avec les piqûres de moustiques, fort nombreux à cette époque (fin septembre 1885).

Peu à peu les rougeurs voisines se fusionnent, quelques-unes des papules primitives présentent à leur sommet une très petite vésicule, remplie d'un liquide à peu près transparent.

La face devient le siège d'une tuméfaction œdémateuse aiguë générale. Elle est turgescente et rouge. Un liquide d'abord clair et limpide, de plus en plus consistant et d'un blanc jaunâtre, vient sourdre par moment de cette surface rouge, sur laquelle ne tardent pas à se produire des croûtes jaunes et melliteuses résultant de la concrétion du liquide qui s'écoule plus ou moins abondant et

épais sur les divers points de la surface tégumentaire et faciale (joues et front principalement). Le visage prend un aspect des plus repoussants, autant par la tuméfaction dont il est le siège que par l'analogie que présentent les diverses parties intéressées avec celles d'une plaie cutanée dont la surface jaunâtre, quand les croûtes existent, devient d'un rouge vif aussitôt qu'elles tombent, soit spontanément ou par grattage, soit enfin par application de fécule ou de toiles imperméables (taffetas gommé, caoutchouc).

Au cuir chevelu se forment des croûtes épaisses agglutinant les cheveux qu'elles enlacent. Les démangeaisons sont intenses nuit et jour, le sommeil presque nul. Je prescris, contre les croûtes, les cataplasmes de fécule, les lavages alcalins (eau de savon) ; quand elles sont tombées, la décoction de feuilles de noyer en lotions. A l'intérieur, le sirop de Portal. Les membres supérieurs sont maintenus fixés le long du corps pour empêcher l'enfant de se grattêr.

A 4 mois et demi, la mère éprouve une forte émotion. Excellente nourrice, mais, se croyant insuffisante, elle donne à partir de ce moment, et plusieurs fois par jour, à son enfant du lait de chèvre à la fiole. L'état général est excellent malgré la persistance de l'eczéma, des démangeaisons et de l'insomnie auxquelles il donne lieu.

A 5 mois et demi (14 décembre 1885), s'effectue la sortie des premières dents, incisives, médianes, inférieures.

La manifestation cutanée, qui avait suivi jusque-là une augmentation progressive, subit à ce moment une assez grande atténuation. Il semble que l'eczéma va guérir. Les surfaces qui en sont le siège pâlissent et se sèchent. La face se déterge. L'enfant, qui jusque-là éprouvait des démangeaisons très vives à en juger par la fureur avec

laquelle il se grattait jour et nuit jusqu'au sang aussitôt qu'il était libre, se démange beaucoup moins. L'insomnie, très grande jusque-là, diminue.

Le petit malade, inquiet nuit et jour en raison des démangeaisons et par suite de la contention continue à laquelle on doit le soumettre (épingles fermées fixant l'extrémité inférieure de ses manches aux langes qui l'entourent, se gratte sur son oreiller, contre les personnes qui le tiennent, contre le berceau, etc.), toutes les fois, en un mot, qu'une surface résistante quelconque se trouve à portée de son front ou de ses joues.

Tous ces symptômes, aussi pénibles les uns que les autres, sont amendés aussitôt après l'éruption des deux premières dents.

Ce calme heureux ne fut pas de longue durée.

Trois semaines s'étaient à peine écoulées, l'eczéma n'avait pas complètement disparu malgré son atténuation extrême dans cet intervalle, lorsqu'on le vit redevenir aussi intense que jamais.

A 7 mois on donne à l'enfant un léger potage matin et soir, que l'on remplace un peu plus tard par des purées, plus tard enfin par de la soupe.

A 8 mois (30 février 1888), l'enfant met ses troisième et quatrième dents incisives médianes supérieures.

A 9 mois, il perce la 5e (gauche) ; le petit malade a un peu de diarrhée. Trois jours après, le 18, la diarrhée ayant persisté jusque-là, bien que l'enfant ait été soumis au régime lacté exclusif, il rentre de la promenade poussant des cris aigus et ininterrompus, couché sur le bras de sa bonne.

Aussitôt arrivé chez lui, J... continue à pousser des cris perçants. Extrêmement pâle, il vomit du lait. Le soir de ce jour, il a une fièvre intense et continue, tandis que

les jours précédents, comme toutes les fois d'ailleurs qu'il mettait des dents, il avait présenté des bouffées de chaleur intermittentes et extrêmement irrégulières très appréciables.

Il se plaint toute la soirée, refuse le sein de sa mère, vomit tout ce qu'on lui donne (lait : potion avec eau de laitue, eau de chaux 60 grammes, teinture de musc V gouttes) ; il mâchonne, grimace ; la diarrhée n'existe plus.

La température s'élève à 39°8.

Dans la nuit, l'enfant reste brûlant, il est dans une prostration extrême. Etranger à tout ce qui l'entoure, il est, quand on le lange, comme une masse inerte, tandis que le même jour au matin, et précédemment, il profitait de ce moment de liberté pour porter ses mains à la face et satisfaire ainsi par le grattage les horribles démangeaisons qu'il éprouvait.

Le lendemain et le surlendemain, même état, avec cette différence que les *selles* contiennent des *mucosités sanguinolentes* très analogues comme aspect aux crachats rouillés de la pneumonie.

En deux ou trois jours, la bouche, qui avait été tout le temps brûlante et sèche, prend un aspect terne particulier, les lèvres principalement ; l'enfant respire, la bouche ouverte. Il prend bien ce qu'on lui donne (une ou deux cuillerées à café, par heure, de tisane, de potion ou de lait coupé). Il ne peut prendre le sein ; ou plutôt il ne le saisit que très faiblement, et lorsque l'on humecte ses lèvres et sa bouche avec un peu de tisane, encore s'arrête t-il après deux ou trois succions.

L'examen de la bouche nous révèle l'existence de quelques *aphtes*, principalement sur les gencives, mais aussi sur la pointe de la langue et la voûte palatine, ce qui

explique suffisamment la difficulté éprouvée par le nourrisson à saisir le sein de sa mère. La cavité buccale tout entière (face supérieure de la langue comprise) se couvre en même temps de muguet d'abord léger et discret, puis confluent, contre lequel nous employons les badigeonnages avec la mixture suivante : borate de soude, miel rosat parties égales de trois ou quatre fois par jour.

Enfin, nous ajoutons quelques cuillerées d'eau seconde de chaux par tasse de lait.

En quarante-huit heures, l'eczéma avait totalement disparu. Aussitôt après la disparition des accidents graves signalés précédemment. ainsi que de l'érythème interfessier et des membres inférieurs avec ulcérations douloureuses survenues à la suite du contact irritant et prolongé des matières fécales et urinaires, complication si commune au cours de l'entérite du nouveau-né ; quand la fièvre fut tombée, l'entérite guérie, la convalescence franchement établie, et le retour à la santé de plus en plus évident, l'eczéma revint, et, dans l'espace de quelques jours, il fut *aussi intense que jamais.*

Le 24 avril, l'enfant fit un voyage de trois heures en chemin de fer. A 10 mois, le 29, l'éruption eczémateuse avait atteint son maximum d'intensité. Ce jour-là fit éruption la sixième dent (incisive supérieure latérale droite). Les jours suivants, la croûte pâlit, faisant croire à une guérison prochaine, cette fois définitive.

Au bout de dix à quinze jours, *l'eczéma revient avec la même intensité qu'auparavant* jusqu'au 12 juin,

Ce jour-là, l'enfant, âgé de 11 mois et demi, perce sa septième dent (incisive latérale inférieure gauche).

Pendant deux ou trois jours auparavant, il avait présenté les signes d'une bronchite généralisée simple, précédée elle-même pendant quelques jours d'une diarrhée

d'abord jaune, puis contenant des *mucosités sanguinolentes*.

A cette époque, je dus ouvrir avec la lancette un petit abcès sous-maxillaire gauche, un autre plus petit en avant du lobule de l'oreille correspondante.

Le 17, une poussée nouvelle se produit du côté de l'éruption cutanée faciale.

Le 19, survient une diarrhée assez intense.

Le 22, j'ouvre un nouvel abcès situé à la racine du nez ; le 18, un autre avait été ouvert à la partie supérieure et externe du pavillon de l'oreille droite

A 1 an, 21 juin, il perce la huitième dent (incisive latérale inférieure droite).

A partir de ce moment, J... dépérit, il conserve la diarrhée, ses chairs sont flasques, molles ; la peau des membres inférieurs surtout est plissée et pendante.

L'éruption n'était pas très intense, lorsque, le 15 juillet, l'enfant qui, les jours précédents, avait eu par intermittence des mouvements de chaleur appréciable à la main (chaleur d'autant plus fréquente et d'autant plus intense qu'elle se reproduit plus souvent), est pris d'une fièvre continue, de vomissements, de soubresauts des tendons, véritables mouvements convulsifs se produisant surtout pendant le sommeil ; enfin l'insomnie absolue pendant cinq jours et cinq nuits consécutifs, pendant lesquels le petit malade se fait bercer sans interruption autre que celles que nécessitent les soins hygiéniques, alimentaires et thérapeutiques indiqués par son état. S'arrêtait-on de bercer, le malade se plaignait aussitôt.

Les lèvres et la bouche sont sèches, brûlantes : les aphtes et le muguet réapparaissent comme précédemment. Cette fois encore ils sont efficacement combattus par les mêmes moyens.

Le même jour (15 juillet), les premières petites molaires inférieures sont fortement saillantes ; la gencive est rouge et douloureuse à leur niveau.

Le malade se rétablit bientôt, pouvant, aux premiers jours d'août (12), partir pour la campagne, où il garde la diarrhée pendant les mois d'août, septembre et octobre jusqu'au jour (10 octobre) où survinrent tout à coup, à 8 heures du soir, des coliques arrachant des cris aigus au jeune patient, des épreintes, des efforts de défécation analogues à ceux de la dysenterie et bientôt suivis de l'évacuation de mucosités sanguinolentes.

Depuis le 15 août, époque à laquelle la diarrhée était assez abondante (4 à 6 selles très liquides et jaunâtres dans les 24 heures), *l'éruption eczémateuse faciale avait totalement disparu. Il en fut ainsi tant que dura la diarrhée.*

La flaccidité des chairs et l'émaciation, déjà grandes pendant tout ce temps, furent encore plus marquées pendant la nouvelle attaque d'entérocolite aiguë et fébrile.

La guérison de l'état aigu se produisit du jour où perça la neuvième dent (première molaire gauche inférieure).

Le 21 octobre, l'enfant se grattait encore beaucoup, bien que toujours débarrassé de son eczéma.

Le 25, la croûte envahit les joues et le dessous du menton. Le front ne présentait, au contraire, presque rien.

La première molaire inférieure droite, qui menaçait fortement depuis plusieurs jours, présente ce jour-là un point blanc très évident, recouvert d'une mince pellicule transparente à travers laquelle elle est facilement aperçue.

L'insomnie, très grande les jours précédents, est depuis lors très atténuée.

L'enfant a toujours gratté la face et le cuir chevelu,

alors même que l'éruption y faisait complètement défaut.

La peau, restée simplement rugueuse comme au début de l'eczéma, est de couleur absolument normale.

A mesure que l'état général s'améliore et que le malade reprend de l'embonpoint, l'eczéma revient de plus en plus intense.

L'enfant avait repris peu à peu ses habitudes alimentaires ordinaires.

A 16 mois (le 26 octobre), on aperçoit, au fond et au centre d'une petite cupule creusée sur la muqueuse du rebord gingival, la pointe légèrement saillante de la canine inférieure droite (dixième dent).

Le même jour, il perça la première molaire droite inférieure (onzième dent).

Il a eu, avant de percer ces dents, de la diarrhée une ou deux fois seulement.

Depuis lors, les nuits et les jours sont beaucoup plus calmes.

Le 30, nous apercevons les deux premières molaires (droite et gauche supérieures), douzième et treizième dents, sorties depuis sans doute plusieurs jours.

L'eczéma est sec, peu étendu; les nuits sont excellentes, le sommeil est profond, les démangeaisons sont presque nulles.

Le 15 novembre, nous apercevons les deux canines supérieures (quatorzième et quinzième dents).

Depuis lors, *calme absolu* jusqu'au 17.

Ce jour-là, il existe un peu de rougeur à la peau, qui est légèrement rugueuse; les démangeaisons sont assez fortes.

L'éruption eczémateuse depuis plus de huit jours n'occupe seulement qu'une surface de la dimension d'une

pièce de 1 franc. Quelques croûtes rares, mais épaisses, au cuir chevelu.

4 décembre. — Depuis cinq ou six jours, on observe des rugosités cutanées principalement sur la joue droite et une rougeur disséminée étendue de l'angle externe de l'œil au rebord du maxillaire correspondant.

Depuis la même époque, le sommeil est léger et entrecoupé. Le jour, l'enfant est un peu inquiet.

Depuis deux jours, la canine inférieure gauche blanchit à vue d'œil.

Elle perce la seizième dent le 11 décembre à midi, produisant sur la gencive un petit point noir ecchymotique.

Depuis cinq à six jours, l'eczéma coule un peu à la tête et aux joues, principalement à droite.

Jamais l'éruption sur le cuir chevelu n'a dépassé en arrière la suture lambdoïde. Toujours la partie occipitale a été respectée, elle est restée absolument indemne.

11. — Depuis une semaine environ, il s'éveille souvent, les nuits sont mauvaises. Celles des 17, 18 et 19, le sommeil est régulier et meilleur. L'enfant ne s'éveille que toutes les deux heures.

20. — La croûte est sèche et diminue depuis déjà quelques jours. *L'enfant est sevré ce jour-là.*

Le 23 décembre, l'enfant fait un voyage de trois heures en wagon.

Depuis lors jusqu'au 28, la croûte revient un peu. Les nuits, déjà mauvaises à cette époque, le sont davantage encore pendant les quinze jours qui suivent. L'enfant, agité jusqu'à 4 ou 5 heures du matin, s'endort ensuite jusqu'à 9 ou 10 heures.

Du 28 décembre jusqu'au 12 janvier (1887), jour de son retour à Montpellier, l'éruption a augmenté et a fourni

des croûtes jaunes sur le front et les joues, aussi abondantes que jamais.

Depuis lors, pourtant, les nuits furent mauvaises ; le sommeil était toujours meilleur dans la seconde partie de la nuit que dans la première, bien que la sieste du jour eût été supprimée.

Couché à 9 heures du soir, J... est levé à 9 heures du matin. Le jour, on l'oblige à marcher autant que possible, dans la maison ; mais à la promenade de une heure à 5 heures de l'après-midi, il se refuse absolument à mettre pied à terre.

Les nuits des 21, 22 et 23, l'enfant présente une toux sèche et nerveuse. Les jours correspondants, il a un peu de diarrhée (1 ou 2 selles en 24 heures), enfin un léger degré de ténesme rectal, les évacuations étant plus fréquentes qu'abondantes.

Les gencives sont rouges et douloureuses au toucher, à la partie postérieure du rebord alvéolaire, au niveau des deuxièmes petites molaires supérieures (?).

Tout à coup les nuits sont excellentes (24, 25 et 26 janvier). Celle du 27 est encore meilleure, l'enfant ne s'éveille que deux fois.

Le 28, à 19 mois, la face reste rouge, sans croûtes. Le petit malade se gratte pourtant beaucoup.

Les ganglions cervicaux, mastoïdiens surtout, sont volumineux et multiples.

Depuis le 27, toutes les nuits sont de plus en plus mauvaises. L'enfant ne dort pas, se démange et se gratte beaucoup ; son mal coule au cuir chevelu plus encore que sur les joues.

Le temps est doux, le soleil ardent ; l'enfant est chaud. J... tousse la nuit et le jour. Sa toux est sèche, fréquente.

Il y a de la dyspnée et quelques sibilances inspiratoires depuis le 26.

L'état reste stationnaire fin janvier.

Le 6 février 1887, l'enfant sort ; le soleil est chaud, l'ombre froide. Les Alpes sont couvertes de neige. Le vent sud-est est froid.

Le 7, il sort encore.

Depuis lors, le froid revient, la neige tombe à deux reprises de la journée du 8, pour la troisième fois le 9, et pour la quatrième le 11.

Depuis le 6, l'éruption pâlit, se sèche, ternit ; les démangeaisons existent pourtant, et l'enfant, aussitôt qu'il a les mains libres, cherche, avec le pouce de chaque main, à détacher les croûtes qui restent sur les joues.

Le 8 au matin, J... prend son déjeuner composé de pain et de lait ; il le vomit en toussant.

Déjà, depuis quelques jours, il toussait en mangeant, comme s'il s'étranglait ou s'il avalait de travers. A midi, le même jour, il prend du tapioca dans du lait. A la fin, il en vomit une gorgée. Depuis lors, il est soumis au régime lacté exclusif.

Le 9, les gencives sont brûlantes des deux côtés, en haut comme en bas, au niveau de la seconde molaire, plus peut-être à droite qu'à gauche. La fièvre, intermittente les jours précédents, est aujourd'hui continue.

Le 11, au matin, il prend 50 grammes de lait pur ; il le vomit aussitôt avec une glaire (mucosité). Depuis ce moment, il a supporté, toutes les heures, du lait coupé par moitié de tisane.

La fièvre existe toujours. Pourtant, la peau est moite. Les selles sont régulières, jaunes, liées.

L'eczéma *disparaît* de plus en plus, les joues sont fraîches (ce qui est dû au berçage incessant et au vent produit

par les rideaux du lit). La fièvre continue forte. L'enfant se réveille souvent en sursauts ; il présente des soubresauts des membres et du tronc tout entier, principalement quand il reste assoupi, ce qui le réveille aussitôt. Il dit *non*, *non* à tout instant et sans qu'on lui parle, alors même qu'il semble dormir. Il boit pourtant bien tout ce qu'on lui donne.

Le 10, pendant toute l'après-midi, J... fait des sommeils d'une heure. Réveillé, on lui donne à boire et, aussitôt, il se rendort.

La nuit du 10 il ne dort pas.

Le 11, toute la journée, il fait des sommeils interrompus comme la veille. Il tousse très peu, presque pas depuis hier.

La première partie de la nuit est mauvaise. L'enfant pousse des cris rappelant ceux que l'on a qualifiés *d'hydrencéphalique* et qu'on observe dans la méningite. Il grince des dents et porte les mains à la bouche. La seconde partie de la nuit est bonne. (Le sommeil, paisible et réparateur, est très rarement interrompu.)

Le 12, sommeil interrompu seulement par le besoin de prendre.

Le soir de ce jour, évacuation intestinale jaune, contenant quelques *mucosités sanguinolentes.*

La nuit est assez bonne, surtout la seconde partie.

Le 13, deux évacuations jaunes non sanguinolentes.

Ce jour-là, il sommeille plus encore que les jours précédents. Les sommeils durent des heures entières, il ne s'éveille que pour boire deux ou trois fois, et, chaque fois, environ 150 grammes de lait coupé.

Le soir, vers 5 heures, il est plus chaud et plus abattu que la veille. Je lui fais donner devant moi deux cuillerées de lait coupé avec de la tisane ; il tousse, vomit une glaire

et un peu de lait. A 7 heures, la situation paraît meilleure. Le pouls, précédemment petit et nerveux, devient ample; la toux sèche disparaît, les sibilances font défaut.

La première partie de la nuit est mauvaise. L'enfant tousse sec et ne dort pas. La seconde partie, au contraire, est bonne, il dort jusqu'à 10 heures du matin. Chaque sommeil est de deux ou trois heures et n'est interrompu que par le besoin de prendre : on lui donne, la première fois, du lait, les autres de la tisane.

Le 14 au matin, on le lève ruisselant de sueur. On le change de corps. Dans la journée, 4 selles jaunes.

La respiration suspireuse est saccadée. Il existe des intervalles pendant lesquels elle est absolument normale. Les ailes du nez se dilatent énergiquement et avec spasmes.

De 11 heures jusqu'à 1 heure, il est assez content pour s'amuser sur les genoux de sa mère.

Le soir, l'enfant est abattu, en proie à une fièvre intense. Il a bu peu dans la journée (seulement le matin à 10 heures et à 3 heures de l'après-midi, environ 100 gram. de lait, chaque fois avec de la tisane).

La nuit du 14, il dort peu, mais boit facilement.

Avant de le coucher, l'auscultation révèle l'existence d'une respiration rude, soufflante, puérile, un peu obscure à gauche, en arrière et en bas. Pas le moindre râle, ni muqueux, ni sibilant, dans toute l'étendue du thorax.

Le 15 au matin, il se réveille ruisselant de sueur. Ce jour-là il est plus content, il prend moins bien toutefois ce qu'on lui donne. Il tousse peu, sa toux est grasse, la chaleur des téguments douce et moite.

16. — Même état. La nuit, l'enfant dort peu. La fièvre persiste toujours.

7. — Il dort *toute la matinée*. L'après-midi, il tousse

sec et du gosier, *chaque six respirations une fois en moyenne*. Looch simple.

Le soir, l'auscultation révèle *en arrière et dans toute l'étendue du thorax* l'existence de râles sous-crépitants fins. Un vésicatoire fortement camphré et un sparadrap est appliqué à 9 heures du soir jusqu'à 8 heures du matin, du côté gauche, qui paraît plus pris que le droit.

La nuit, il dort profondément depuis minuit jusqu'à 6 heures du matin.

18. — Aucun râle, ni à droite ni à gauche ; un point d'obscurité, toujours le même, à gauche. Fièvre plus intense due à l'action du vésicatoire ; l'enfant, très inquiet, demande à boire à tout instant. Le soir, il tousse sec. L'auscultation ne révèle l'existence d'aucun râle.

La sueur constante des jours précédents fait défaut ce jour-là ou du moins est beaucoup plus faible. Le pouls est plein et fort.

La nuit est moins bonne que la précédente ; l'enfant a pourtant quatre heures de sommeil.

19 au matin. — Râles sous-crépitants occupant toute la face postérieure et bilatérale du thorax. On en trouve quelques uns en avant et à droite.

Lait coupé avec de la tisane de riz ; tisane de violette dans l'intervalle.

Le looch simple est supprimé ce jour-là.

La peau est moite, la fièvre moins intense.

Du 19 au 25, même état ; insomnie durant cinq jours et cinq nuits consécutifs. On le berce constamment. Aussitôt que l'on s'arrête, il crie.

25. — La toux est grasse. Je prescris un vomitif avec sirop d'ipécacuanha, 30 grammes, poudre d'ipéca, 25 centigrammes, dont il prend les deux tiers en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Le muguet est combattu, comme précédemment, avec la mixture au borate de soude et au miel rosat, et le lait additionné d'eau seconde de chaux ; enfin, on prépare, avec 5 grammes d'écorce de quinquina jaune concassée, une tasse de décoction dont on lui donne matin et soir trois cuillerées à café dans un peu de lait sucré.

Dans la nuit du 24 au 25, sommeil profond, depuis minuit jusqu'à six heures du matin.

L'enfant se rétablit ; il lui reste pendant quelques jours des râles sous-crépitants et muqueux, disséminés dans toute l'étendue du thorax en arrière.

Pendant plusieurs semaines, il éprouve une difficulté très grande à marcher. Sa faiblesse est extrême.

L'eczéma revient fin février. Comme chaque fois, ce sont d'abord des rugosités cutanées, puis des papules couleur de peau qui finissent par passer au rouge et à se fusionner, donnant une coloration rouge uniforme aux parties qui en sont le siège, et qui ne tardent pas à se couvrir de croûtes melliteuses aussi épaisses qu'auparavant vers le 5 mars.

Le 25, il en est toujours de même.

Les 21 avril, 10 et 14 mai, J... fait un voyage de trois heures en wagon. Tracassé avant cette époque, il l'est davantage à ce moment.

Avant le 15 mai, les dix-septième et dix-huitième dents, deuxièmes et dernières molaires inférieures font éruption.

Fin juin, ces dents, très visibles, sont à peine saillantes au-dessus du bord alvéolaire. Leur surface libre devient toutefois de plus en plus grande ; elle est à ce moment aussi large qu'une grosse lentille.

Depuis lors, plus de croûtes; les boutons ou papules s'isolent mais restent bien plus gros qu'au début, lors de l'invasion de l'eczéma ou de chacune de ses réapparitions.

Ils passent du rouge au *violet*, persistent un certain temps sous cette forme (de quinze jours à trois semaines environ) et finissent par disparaître. Le sommeil est excellent.

Avec les chaleurs, au commencement de juillet, survient un peu d'anorexie et une diarrhée légère.

A cette même époque, la bonne de J... commet la maladresse de lui laisser manger huit à dix cerises (noyaux compris). Des mouvements de chaleur intermittente se produisent, une diarrhée presque cholériforme par son abondance, sa fréquence, son caractère aqueux survient; des crampes apparaissent dans les jambes, où le petit malade accuse par moments des douleurs aiguës et passagères.

Sorti encore le matin du 14 juillet 1887, jour où sa diarrhée est la plus intense, il s'alite le soir de ce jour jusqu'au 18.

Pendant tout ce temps, il a présenté des mouvements de chaleur irrégulière et intermittente.

19. — L'enfant dort.

Depuis plusieurs jours (dix environ), il est soumis au régime lacté exclusif. La diarrhée a disparu toutefois, en même temps que le sommeil est devenu meilleur.

Ce jour-là il mange un œuf à la coque.

Actuellement, il n'a plus que de grosses papules d'un rouge violet sur le front. Ce même jour enfin, je constate la sortie, non seulement de la dix-neuvième dent, deuxième molaire supérieure droite, *vingtième dent*, dont deux pointes sont parfaitement visibles et très appréciables au toucher.

Depuis près d'un mois, l'enfant dort avec calme de 8 heures du soir à 8 heures du matin. Pas de diarrhée. Bon appétit. Eruption lichénoïdo-prurigineuse sur les arties

découvertes du corps, membres inférieurs (genoux, cuisses, jambes), et supérieurs (mains et avant-bras surtout). Le cuir chevelu est totalement débarrassé.

25. — L'enfant va du corps sept fois en vingt-quatre heures.

26. — *La dent dernière molaire supérieure* droite est entourée d'une muqueuse rouge et tuméfiée, au-dessus de laquelle elle n'est pas encore saillante.

J... dort bien. Il est remis au régime lacté, avec trois soupes au lait dans les vingt-quatre heures.

Quelques jours plus tard, on ajoute un peu de viande à sa nourriture (aile de perdreau ou de pigeon).

6 septembre. — La vingtième dent est saillante. *La première dentition est terminée.*

14. — J... met de l'embonpoint, marche, dort, n'a plus rien comme éruption, ni à la face ni au cuir chevelu.

9 et 10 octobre. — Les bras principalement sont le siège d'une éruption lichénoïde et prurigineuse discrète. L'enfant a quelque mouvement de chaleur intermittente. La dent, sortie de plusieurs millimètres (3 environ), est recouverte en son milieu par une bande, véritable pont, de muqueuse gingivale.

Depuis, l'enfant est très bien portant. Il grandit et grossit à vue d'œil, n'a plus d'eczéma de la face ni du cuir chevelu. Son sommeil est excellent.

Il reste un point d'eczéma bilatéral, limité à la partie de la peau faciale contiguë au lobule de l'oreille (sillon lobulo-facial) et que le malade étend un peu quand il se gratte.

Aujourd'hui encore, 26 décembre 1887, ce point eczémateux persiste. Il est aussi négligeable en lui-même que par ses effets sur la santé générale et le sommeil de l'enfant.

Observation III

(Prise dans le service de M. le professeur Baumel)
Salle Lalande, nº 13

M. M. J..., 18 mois.

Antécédents héréditaires et personnels. — Inconnus.

Maladie actuelle. — a) Début : entre le 30 septembre pour mal au visage.

b) Etat actuel : L'enfant présente sur les joues la cicatrice d'un eczéma aujourd'hui guéri.

En revanche, tout autour de l'orifice buccal, sur le menton, et au-devant de l'antitragus gauche, placards irréguliers de teinte jambonnée (teinte bistre du professeur Fournier). Ils sont formés de plaques jaunes piquées de points noirâtres dus à de petites hémorragies partielles, à des lésions de grattage. L'enfant porte en effet constamment ses ongles malpropres au contact des éléments éruptifs et inocule sans cesse les points voisins. Aussi, est-on obligé de lui matelasser les mains de ouate.

L'examen de la bouche, de la vulve et de l'anus ne montre pas de plaques muqueuses, indices cherchés d'une hérédo-syphilis vraisemblable. L'enfant est en pleine évolution dentaire, sa canine inférieure droite perce, mais pas de dents crénelées de Hutchinson.

Pansements à la pommade à l'oxyde de zinc. Sirop de raifort à l'intérieur.

En présence de la ténacité et surtout de l'aspect de l'éruption, le cas s'offre comme plus complexe qu'il n'avait semblé au début ; nous devons, à côté du point de départ dentaire de l'éruption, faire la part d'une spécificité hé-

réditaire, hypothèse bientôt confirmée, d'ailleurs, par les résultats extrêmement nets qui ont suivi l'administration de mercure sous forme de liqueur de van Swieten.

6 février. — Les lésions sont en voie de régression, à peine reste-t-il sur la paupière supérieure droite et au pourtour des narines, de petites ulcérations en voie de bourgeonnement.

Observation IV

(Service de M. le professeur Baumel)

Salle Lalande, n° 3

D... D..., 2 ans.

Antécédents héréditaires et personnels. — Inconnus.

Maladie actuelle. — a) Début : L'enfant nous est adressée par ses parents, parce qu'elle a du mal à la figure.

b) Etat actuel : Les lésions siègent à la face, à droite, au niveau de la région sous-orbitaire ; à gauche, au niveau de la région malaire et du sillon naso-labial. Elles consistent en ulcérations superficielles ; contours irréguliers et autour desquels se rencontrent quelques éléments isolés. Elles sont recouvertes d'un enduit croûteux et comme vernissé. Une fois détergée, la surface est saignante.

L'enfant, qui pousse sa canine inférieure gauche, est mise au sirop de raifort iodé et au lactophosphate de chaux.

Le 12 janvier, il apparaît au niveau des fesses et à la partie inférieure de la région lombaire tout un ensemble de papules de couleur violacée et dont les plus avancées dans leur évolution portent à leur sommet une goutte de pus.

30 janvier. — Les lésions sont en voie de rapide régression.

Observation V

(Service de M. le professeur Baumel.)
Salle Lalande, n° 11

L. J..., 2 ans et demi.

Antécédents : a) héréditaires, inconnus ; *b) personnels*, rougeole, coqueluche, variole.

Maladie actuelle : a) Début : entre le 7 décembre pour croûtes aux cheveux.

b) État actuel : Au niveau de la face et du cuir chevelu, suivant les hanches d'un fer à cheval dont la partie moyenne correspond au vertex et dont les hanches viennent mourir sur chaque région molaire, siègent des placards couverts de croûtes jaunâtres et larges d'un demi centimètre, qui, un peu détergées, présentent une surface cruentée, mais non ulcérée.

Ganglions cervicaux très fortement engorgés.

L'enfant prend du sirop de raifort, les lésions sont pansées avec une pommade à l'oxyde de zinc et à l'acide salycilique. Amélioration notable.

Elle pousse ses deux prémolaires inférieures.

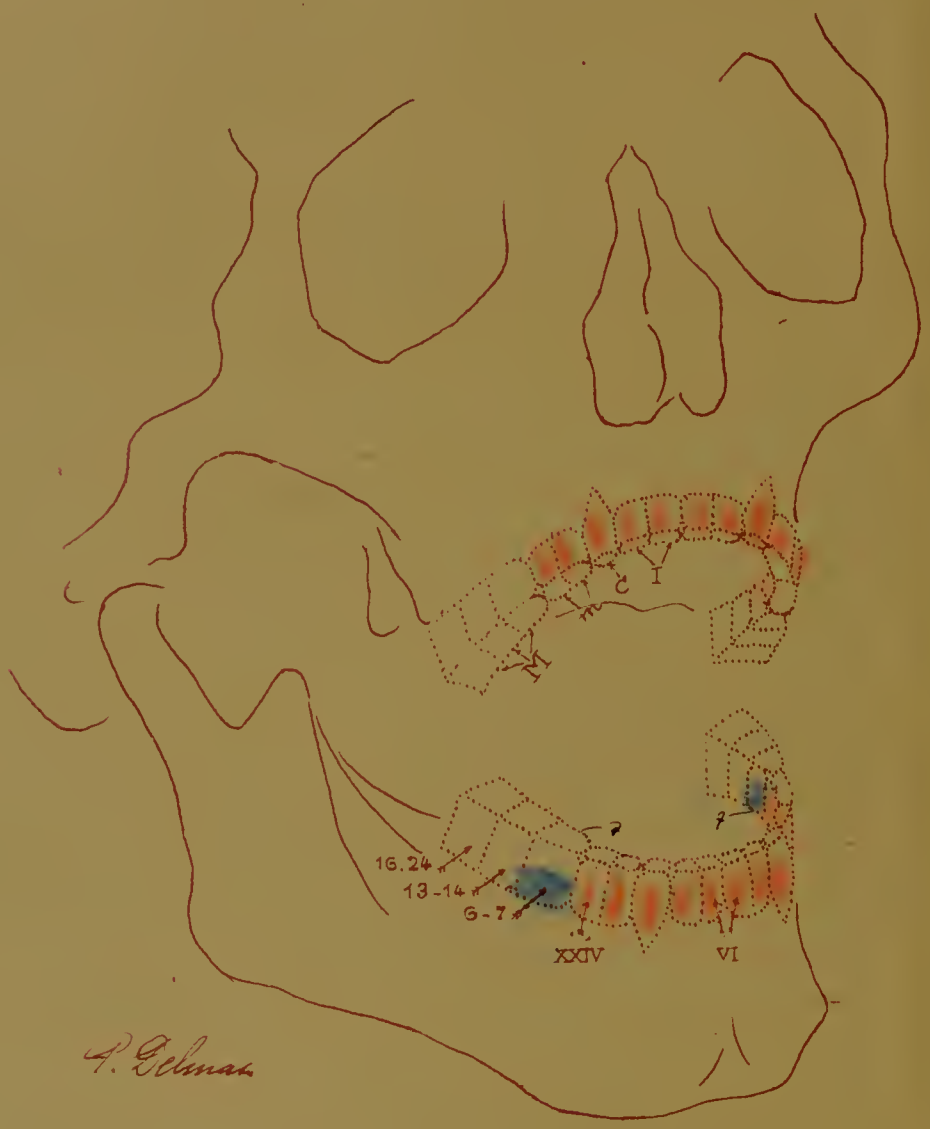
8 février. — Les lésions sont en voie de rétrocession, ont cependant une évolution assez lente et de plus, semblent en s'effaçant de la localisation primitive avoir fait tache d'huile sur les régions adjacentes. Processus de tendance chronique qui s'éclaire d'un jour tout particulier, si nous le rapprochons des infections multiples dont la peau a été le siège, lors des fièvres éruptives que l'enfant a subi.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Service de M. le Professeur BAUMEL

Salle Lalande *N°* 9 *Nom* J. J.

Diagnostic Eczéma de la nuque *Né le* 18 8bre 1896



N. B. Indiquer sur le schéma la date d'apparition.

a) pour les dents de lait : le mois en chiffres romains (*de VI à XXIV*)

b) pour les dents permanentes : l'année en chiffres arabes (*de 6 à 24*)

GROUPE II

Observation Première

(Service de M. le professeur Baumel)
Salle Lalande, n° 9

J. J.., 7 ans.

Antécédents. — a) *Héréditaires :* 1° paternels inconnus ; 2° mère en traitement, salle Espéronnier n° 8 pour laryngopathie suspecte (?).

b) *Personnels :* rougeole.

Maladie actuelle. — a) Le 3 janvier l'enfant est amené par sa mère pour des croûtes à la nuque.

b) *Etat actuel.* — Le malade, dont les cheveux sont longs et remplis de parasites, a tout son cuir chevelu dans un état de malpropreté extrême. La nuque est occupée par un large placard jaune sale, les ganglions sont engorgés.

Les cheveux sont coupés courts. La tête nettoyée et la lésion détergée, sont pansées tous les jours.

Le 12, guérison complète, simple cicatrice.

L'évolution dentaire ne présente rien à signaler, si ce n'est que les premières grosses molaires inférieures commencent à percer.

Observation II

(Service de M. le professeur Baumel)
Salle Pourché Adélice, n° 4.

C... A.., 6 ans 1/2.

Antécédents héréditaires et personnels. — Inconnus.

Maladie actuelle. — a) Début. Le 21 décembre 1903, l'enfant est conduit à la consultation de l'Hôpital Général parce qu'il tousse depuis quelque temps En l'examinant, le docteur Germain constate sur les fesses du petit malade une éruption qui date d'environ 8 jours d'après les dires de la famille et pour laquelle il nous est adressé.

b) Etat actuel : L'enfant présente au niveau des fesses, du sillon interfessier et de la partie supérieure de la face postérieure des cuisses, un ensemble symétrique constitué par de petites vésicules, des bulles dont quelques-unes sont remplies de pus et qui reposent sur une aréole rouge fraise. Le lendemain de son entrée, la fièvre s'allume, monte à 10 le soir, puis tombe brusquement au matin et n'a pas réapparu depuis.

M. le professeur Baumel, constate alors que l'enfant pousse à droite et en bas sa première grosse molaire et porte le diagnostic d'eczéma de dentition.

Pansement à la poudre de talc stérilisée et à l'intérieur sirop de raifort iodé.

Le 4 janvier, amélioration sensible.

Le 10, l'enfant paraît guéri. L'emplacement de l'éruption paraît encore légèrement pigmenté.

Observation III

(Service de M. le professeur Baumel)
Salle Lalande n° 8

M... R..., 7 ans.

Antécédents héréditaires et personnels. — Inconnus.

Maladie actuelle. — a) Début : Entre le 21 décembre 1903 pour « mal à la tête » dit sa famille.

b) Etat actuel : La petite malade présente sur le cuir chevelu des placards jaune-brunâtre en petits îlots isolés. Examen au microscope après dissociation à la potasse. Aucun mycélium n'est visible. La surface détergée montre une zone légèrement cruentée. Les ganglions de la nuque sont fortement engorgés En outre le cuir chevelu offre de petites cicatrices dépourvues de poils et qui paraissent avoir succédé à un traumatisme local.

L'enfant, dont les incisives médianes sont ébranlées par sa seconde dentition, présente ses deux grosses premières molaires supérieures en voie d'évolution.

Elle est mise au sirop de raifort iodé et les lésions pansées avec une pommade au soufre et à l'oxyde de zinc.

Le 12 janvier, amélioration sensible.

Observation IV

(Service de M le professeur Baumel)
Salle Lalande n° 3

P. J..., 10 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Rougeole.

Maladie actuelle. — L'enfant entre à l'hôpital dans les

premiers jours de février pour des troubles gastriques, symptomatiques de chloro-anémie. Le cuir chevelu est le siège de démangeaisons intenses. Les cheveux fort mal tenus sont coupés ras à la tondeuse et l'on constate, indépendamment de la présence de nombreux parasites et de lésions de grattage, l'existence à la jonction de la portion occipito-pariétale gauche du crâne et de la nuque, un vaste placard aux contours irréguliers et dont la surface est couverte de croûtelles jaunâtres et suintantes.

Celles-ci une fois détachées, après l'application d'un pansement humide, montrent une surface vineuse sur laquelle se reforment rapidement des squames, séparées entre elles par les sillons profonds qui déterminent une légère surélévation des parties.

L'examen de la dentition nous montre la première grosse molaire gauche en évolution.

3 février. – Guérison des premières lésions du cuir chevelu ; il ne reste qu'un petit îlot eczémateux, localisé sur le lobule de l'oreille.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Service de M. le Professeur BAUMEL

Salle Pouchet *N°* 6 *Nom* G. L.

Diagnostic Eczéma du membre inf. *Né le* 10 août 1911

N. B. Indiquer sur le schéma la date d'apparition.

a) pour les dents de lait : le mois en chiffres romains (*de VI à XXIV*)

b) pour les dents permanentes : l'année en chiffres arabes (*de 6 à 24*)

Groupe III

Observation Première

(Service de M. le professeur Baumel)

Salle Pourché-Adélie, n° 6.

G... L...., 13 ans.

Antécédents. — *a*) héréditaires : inconnus ; *b*) personnels : fièvre scarlatine.

Maladie actuelle. — Au début du mois de novembre 1903, l'enfant présente au niveau de la face interne des deux jambes une éruption suintante et prurigineuse qui s'étend rapidement et gagne les parties hautes des membres inférieurs, se localisant avec prédilection sur la face interne. A leur tour, la région scrotale et les parois antérieures de l'abdomen sont atteintes.

Le médecin traitant prescrit des bains de son.

Les lésions prenant alors une allure chronique, il conseille à la famille d'amener le malade à l'hôpital.

Le 21 janvier, date de son entrée à l'hôpital, nous constatons au niveau des régions précitées l'existence de zones au niveau desquelles des croûtelles suintantes sont entourées de cercles pigmentés et offrant l'aspect de lésions en voie de guérison.

Les lésions sont soigneusement détergées par un lavage à l'eau boriquée tiède et pansées par la suite avec de la poudre de talc stérilisée.

A l'examen dentaire nous constatons que la seconde grosse molaire gauche est en voie d'évolution.

Observation II

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 24 octobre 1891, par M. le professeur Baumel.

Garçon de 12 ans, couché au n° 18 de la salle St-Joseph, amené à la consultation, corps et surtout membres inférieurs, droit et gauche, couverts d'un eczéma qui laissait suinter un liquide séreux assez abondant et sans odeur.

Comme pathogénie de cet eczéma, on racontait que l'enfant s'était blessé à l'un des mollets avec un éclat de bois.

J'ai pensé d'abord à une maladie parasitaire (le bois ayant inoculé le parasite), idée rejetée à cause de la symétrie du mal.

J'ai l'habitude d'examiner l'appareil dentaire ; il faut compter de six mois à seize ans environ avec l'évolution dentaire.

Si l'eczéma de première dentition est surtout localisé à la face et au cuir chevelu (vingt premières dents) ou même à la nuque (dent dite de 1 ans), il peut aussi se généraliser à un moment donné, exceptionnellement toutefois, et siéger au tronc ou même sur les membres (dent de 9 ans).

Il existe dans l'appareil dentaire de notre malade certaines lacunes : il n'a pas une seule grosse molaire (dent dite de 9 ans). Ne croiriez-vous pas, et je suis en droit de le supposer, qu'il s'effectue en ce moment, chez notre malade, un travail d'évolution dentaire, et que l'eczéma des membres inférieurs est tout simplement lié à cette évolution ?

Il s'est plaint de névralgies dentaires, et c'est précisé-

ment au niveau de la dent qui manque à gauche et en bas, qu'existe la douleur la plus forte.

Le lendemain de son entrée, fièvre, 39°.

La gingivite est la cause de cette fièvre.

J'ai fait prendre au malade, à titre de modérateur cutané, de l'arséniate de soude en solution.

	Arséniate de soude. . .	0,05 cgr.
	Eau distillée	200 gr.

Une cuillerée à café matin et soir.

Pommade	Vaseline. . .	30 grammes
	Iodoforme . .	2 —

Sous l'influence de cette médication, ce malade a quitté l'hôpital en août 1891, entièrement guéri.

Comme on a pu le voir par ces quelques observations, et de l'avis aussi de tous les auteurs, l'eczéma des nourrissons ou de première dentition siège, dans la majorité des cas, au cuir chevelu. Ce n'est pas indifféremment sur n'importe quel point ; mais avec prédilection dans la partie antérieure, avoisinant le front et les tempes. Il respecte presque toujours les yeux, le nez et la bouche ; recouvrant le pourtour du visage, il offre l'aspect « d'un masque dont on aurait enlevé le milieu », selon l'expression du professeur Unna. Il peut cependant n'être pas toujours ainsi et siéger sur n'importe quel point de la face, autour des orifices naturels même : bouche, narines et paupières.

Il atteint assez fréquemment les oreilles, et se localise surtout dans le sillon rétro-auriculaire, où il garde presque toujours le caractère suintant ou humide.

Il n'est pas exclusivement limité dans ces seules régions; il peut, dans certains cas, s'étendre sur les membres inférieurs et même sur le tronc, mais beaucoup plus rarement.

Qu'il s'agisse de l'eczéma du cuir chevelu, de la face, du menton, ou de toute autre partie du corps, les lésions sont les mêmes, elles suivent une même marche et présentent une même évolution. « Ce sont d'abord des papules ; ces papules deviennent bientôt des vésicules qui se crèvent rapidement. Il en résulte un écoulement plus ou moins abondant et il se forme des croûtes plus ou moins épaisses. La région devient le siège d'une vive démangeaison, qui excite l'enfant à se gratter ; d'où l'inflammation de la peau (cutite) et production, dans certains cas, d'abcès, ou même d'hémorragies, celles-ci donnant à l'eczéma une teinte plus ou moins rouge ou noire. » (Baumel.)

Les surfaces eczémateuses suintantes laissent écouler un liquide séreux qui, se concrétant, forme des croûtes d'un jaune sale et noirâtre ; elles peuvent prendre parfois un aspect graisseux, ou constituer ce qu'on appelle l'eczéma séborrhéique, qui ne serait, suivant certains auteurs, que la conséquence de la séborrhée du cuir chevelu.

Elle n'est, en vérité, qu'une des nombreuses formes de l'eczéma, car cette maladie, qui est toujours la même dans son essence et sa nature, peut prendre un aspect excessivement varié, qu'on ne peut rattacher à des types bien nets.

« Le tableau général des caractères cliniques de l'eczéma infantile, phénomènes objectifs et subjectifs, évolutifs, etc., est extrêmement varié, presque toujours *composite*, dans les proportions les plus étendues. Aussi dans la pratique, l'*interprétation exacte* et la hiérarchisation de ses symptômes de tout ordre, sont aussi ardus et laborieux qu'on puisse l'imaginer ; les altérations que l'on appelle eczématiques sont presque toujours mixtes, prurigineuses, folliculitiques. » (Besnier.)

Il se présente cependant sous deux formes principales

qui se déduisent de son caractère même ; ce sont l'eczéma sec et l'eczéma humide ou suintant. Mais quel que soit le caractère qui existe au début, il peut ne pas être constant; d'humide tout d'abord il peut devenir sec ou réciproquement.

Dans le cas d'eczéma sec ou squameux, la peau est rouge, sèche, avec de petites squames et des érosions, il affecte principalement les enfants maigres, chétifs ; tandis que l'humide est l'apanage des pléthoriques, des bouffis, des suralimentés. Mais si l'enfant atteint d'eczéma suintant vient à subir l'influence d'un état cachectique, d'une affection viscérale plus ou moins grave, d'une entérocolite aiguë et fébrile comme dans l'observation n° 1, la dermite perd son caractère humide, se sèche et peut même disparaître. Nous n'insisterons pas davantage sur cette particularité, devant y revenir un peu plus loin.

« Très souvent la surface eczémateuse subit une infection secondaire par le staphylococcus pyogenes aureus ; alors on voit apparaître un exsudat croûteux d'une couleur jaune d'or, bien distinct de l'exsudat séborrhéique qui est jaune sale ou noir. Quand ce caractère se montre, on dit que l'eczéma est *impétigineux*.

L'eczéma impétigineux n'est pas une forme spéciale de l'eczéma ; c'est un eczéma vulgaire compliqué d'une infection staphylococcique.» (Marfan.)

Quel que soit le caractère ou la forme qu'il présente et son siège, l'eczéma est le plus souvent d'une symétrie parfaite, ce qui l'a fait considérer jusqu'à un certain point et à juste titre d'origine nerveuse. Il ne faut cependant pas en exagérer l'importance comme l'a fait Testut dans sa thèse de doctorat.

Il est un autre point qui nous a frappé aussi particulièrement, c'est de voir presque toujours l'affection sié-

ger du côté où l'on constatait le phénomème de dentition ; nous pensons qu'il ne faut pas voir seulement là une simple coïncidence, mais une preuve de plus pour notre théorie pathogénique.

Le malade présente rarement de la fièvre, à moins qu'il ne soit atteint en même temps d'une maladie fébrile ou d'une complication de l'eczéma par infection secondaire ; la fièvre peut encore être due à l'éruption dentaire ; elle peut, dans ce cas, être plus ou moins élevée, mais de courte durée ; elle tombe immédiatement après la sortie de la dent.

Sous l'influence de l'éruption d'une ou de plusieurs dents, la gencive peut être légèrement tuméfiée et le siège d'une petite congestion ; elle produit sur l'enfant une sensation d'agacement et de chatouillement désagréable qui font que celui-ci crie, devient irritable, pleure à tout propos et porte à sa bouche ses doigts ou les objets résistants qui se trouvent à sa portée. La salivation peut devenir plus ou moins abondante. Mais ce sont plutôt là des phénomènes dépendant directement de la dentition que de l'eczéma.

Le caractère subjectif le plus important est le prurit ; il consiste en des démangeaisons atroces dans les régions couvertes de placards eczémateux ; le maximum d'intensité siège dans le cuir chevelu lorsqu'il est atteint : *...perpetuo caput affricant pulvinaribus lecti vel aliis obviis.*

Ces démangeaisons précèdent parfois l'exanthème et peuvent persister après la régression ou la disparition même des lésions. Elles subissent des exacerbations diurnes, mais principalement nocturnes, empêchant tout sommeil ou repos de l'enfant, qui se gratte avec une telle ardeur, qu'il ne tarde pas à mettre la région en sang. Il provoque ainsi des lésions traumatiques qui favorisent

l'infection et la propagent aux tissus voisins qui étaient d'abord intacts.

Ce besoin de grattage devient si intense que si l'on emprisonne les mains dans un pansement quelconque, « le petit malade se gratte sur son oreiller, contre les personnes qui le tiennent, contre le berceau, etc., toutes les fois en un mot, qu'une surface résistante quelconque se trouve à portée de son front ou de ses joues. » (Baumel.)

L'eczéma forme alors sur le visage de l'enfant un masque horrible, fissuré de sang, au milieu duquel seuls les yeux brillent d'un éclat particulier.

L'évolution de cette affection est loin d'être uniforme, elle procède, au contraire, par poussées, et dans les intervalles de ces poussées, elle peut s'atténuer fortement ou disparaître tout à fait. Son apparition précède l'éruption dentaire, atteint son maximum d'intensité au moment de la sortie d'une ou de plusieurs dents et perd son caractère aigu immédiatement après. Aussitôt que les dents ont percé la gencive, tous les phénomènes s'atténuent, pour reprendre une nouvelle recrudescence à l'occasion de la sortie de dents nouvelles.

C'est, du reste, ce qui se dégage nettement de toutes nos observations, particulièrement de la première, où l'on a pu suivre le processus morbide à toutes ses étapes.

Une remarque intéressante semble se dégager de ces poussées successives d'eczéma correspondant à l'éruption de diverses dents. Nous avons été frappé, et c'est à M. le professeur Baumel que revient l'honneur d'avoir attiré le premier l'attention là-dessus, que le siège de l'eczéma n'était pas toujours localisé à la même région.

Si, dans une première poussée, correspondant à l'éruption des incisives inférieures, nous avons eu l'eczéma du cuir chevelu, du front et des joues, nous avons avec

l'éruption des canines l'eczéma du menton, enfin avec celle des molaires, celui des membres : supérieurs et inférieurs. Ne semble-t-il pas, qu'à mesure que la dent qui sort s'éloigne de l'axe de l'arcade dentaire, le siège de l'eczéma s'éloigne aussi de sa localisation primitive de prédilection qui est le front et la partie antérieure du cuir chevelu?

Cette hypothèse semble avoir sa confirmation par ce qui se passe dans nos autres observations, et c'est ce qui nous a engagé à les grouper par séries correspondant aux diverses dentitions.

Tandis qu'à la première dentition, l'eczéma se localise primitivement à la face, au front, aux joues et à la partie antérieure du cuir chevelu, nous le voyons, à la deuxième, laisser intactes ces parties, pour atteindre de préférence la nuque, et enfin à la troisième le tronc ou les membres, ou se généraliser un peu partout.

Ce sont, du reste, les seuls caractères distinctifs qu'ils présentent ; ne différant entre eux que par leur localisation, c'est ce qui nous a permis d'ailleurs de ne faire qu'une symptomatologie pour ces trois sortes d'eczémas, puisqu'elle se rapporte à tous les cas.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'eczéma sont celles d'une dermite, ou inflammation de la peau; et comme toute inflammation, elle débute par des phénomènes vasculaires ; la région est le siège d'une *congestion eclasique* au niveau de la zone papillaire, qui forme un œdème plus ou moins marqué selon que la congestion est plus ou moins intense.

La peau, hyperhémiée, prend une teinte rouge uniforme disparaissant par la pression du doigt ; l'étendue présente des aspects des plus variables, des configurations irrégulières, mais le plus souvent symétriques, avec des contours diffus.

L'hyperhémie est suivie d'une transsudation séreuse, qui soulève la peau et la tend, et donne au malade une sensation de tension et de chaleur, qui peut même être enregistrée par le thermomètre. « La température des régions atteintes par l'eczéma s'élève en proportion de la rougeur, et peut dépasser de 1 degré la chaleur des points symétritriques ». (Leloir et Vidal : *Traité descriptif des maladies de la peau.*)

Cette transsudation se fait, au début, au niveau de la papille; diffuse d'abord, elle se collecte peu à peu, et, par l'apport incessant de liquide, elle soulève l'épiderme et

les cellules cornées qui la constituent, pour former ce qu'on appelle les vésicules C'est la juxtaposition des nouvelles vésicules voisines, qui forment l'accroissement en surface.

La couche cornée qui constitue le toit de la vésicule peut se rompre de deux façons : soit sous la seule influence de l'apport incessant du liquide séreux de la transsudation, ou bien à la suite d'un traumatisme quelconque, grattage, frottement de linge et d'autre chose. Parfois, au contraire, les lames cornées, anormalement épaissies, restent intactes, et forment de vastes placards squameux.

Dans le premier cas, une fois les vésicules rompues, une sérosité, parfois d'un jaune citron, s'écoule plus ou moins abondante et imbibe les pièces de pansement. C'est la forme humide ou suintante.

Dans le cas contraire, l'écoulement se tarit, l'épiderme tend à se reformer, mais la kératinisation peut être lente ou faire défaut, les cellules épidermiques nouvelles sont détruites et tombent : c'est l'eczéma squameux.(Besnier.)

Il arrive que les vésicules sont le siège d'une inflammation secondaire, elles deviennent alors pustuleuses, et la sérosité a fait place à du sang mélangé à du pus, qui se concrètent sur la peau et forment des amas jaunâtres ou brunâtres:c'est ce qu'on appelle l'eczéma croûteux.(Chambard, Dict. Dechambre.)

Les lésions histologiques se résument : « dans l'infiltration de la *zone granuleuse*, l'altération, puis suppression de sa fonction de dégénérescence et de kératinisation, *dyskératinisation*, disparition de la kératohyaline et de l'éléidine ; état globuleux des cellules cornées, souvent nucléées, quelquefois de consistance grasse, disposées en lits séparés les uns des autres par des cellules cornées.

tantôt normales, tantôt sèches et aplaties, nucléées ; *perte de cohésion et exfoliation dans les points qui correspondent topographiquement aux altérations des couches sous-jacentes.* » (Besnier, *Pratique de dermatologie.*)

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

La pathogénie de l'eczéma de l'enfant a été l'occasion de bien des théories, et l'on peut dire que certains auteurs ont fait preuve à ce sujet d'une imagination brillante, sinon d'un véritable sens critique.

On a tour à tour invoqué des causes qui, d'abord acceptées, furent rejetées ensuite comme ne répondant plus aux desiderata scientifiques. Nous passerons rapidement sur elles, n'ayant plus qu'un intérêt historique ; ce qui prouve combien il faut être circonspect dans les assertions qu'on avance, dans la médecine encore plus que partout ailleurs.

C'est ainsi qu'on a soumis l'eczéma à l'influence des phases lunaires, aux menstrues de la nourrice ; probablement parce que dans son évolution cette affection procède par poussées qui, dans la première enfance, sont très approximativement mensuelles. De l'homologie dans la marche des phases lunaires, des menstrues et des poussées d'eczéma, on a conclu à une relation étroite entre ces phénomènes. C'est tout simplement ridicule, car si on a pu invoquer parfois l'altération du lait dans la production de cette dermatose, nous ne croyons pas que les phases lunaires, pas même les menstrues de la nourrice, puissent avoir une influence quelconque sur la composition du lait.

On a accusé les émotions de la mère ou de la nourrice; quoiqu'on ne puisse nier leur influence indiscutable, elle nous paraît bien problématique ; en tous cas, bien rares doivent en être les exemples typiques. Quant à l'hérédité, n'a-t-elle pas été exagérée ? et puis, sait-on au juste dans quelle mesure on peut l'invoquer ? Si l'on peut citer des enfants présentant de l'eczéma, nés de parents eczémateux, on sait qu'il n'en est pas toujours ainsi. L'hérédité arthritique a conquis une importance par trop grande et trop exagérée, dangereuse même. Il nous semble que c'est une façon trop facile d'expliquer l'origine commune d'un grand nombre de maladies qui n'ont entre elles aucune relation. D'un autre côté, l'arthritisme se montre si différent dans ses aspects et dans ses manifestations, qu'il est bien rare de ne pas trouver chez n'importe quelle personne des traces plus ou moins nettes de cet état dyscrasique.

Le professeur Ives Delage, de la Sorbonne, a dit à propos des grands problèmes de la biologie générale : « On a créé de véritables divinités biologiques qui se disputent les organismes, comme les dieux de l'Olympe se disputaient le sort des Troyens et des Grecs et l'on croit avoir expliqué quelque chose quand on dit ceci : vient de l'atavisme, cela est dû à la variation, cela à l'hérédité.

« Or tout phénomène d'évolution ontogénétique se ramène à des causes spéciales actuelles, c'est-à-dire résulte du concours des forces simples : dilatation et compression, attraction et répulsion, décomposition, synthèse, etc., dus aux agents naturels, chaleur, lumière, humidité, tension asmotique, etc. »

Son influence, cependant, ne peut être niée; si elle ne peut créer de toutes pièces la morbidité, elle y contri-

bue en rendant l'organisme moins résistant aux germes pathogènes ou aux autres agents morbifiques.

L'alimentation a aussi une importance très grande, considérée au point de vue de sa nature ou de son administration, qualitativement ou quantitativement.

Comme on peut le voir, les raisons invoquées jusqu'ici ont pour la plupart une influence très marquée et indéniable, mais tout à fait indirecte. Elles ne s'appliquent pas à tous les cas et sont impuissantes à expliquer des faits de première importance comme la localisation, qui est un des caractères les plus constants de l'affection qui nous occupe. La localisation n'est pas le seul caractère important qui demeure inexpliqué ; la fréquence qui se trouve être à son maximum pour ne pas dire exclusive, entre le sixième et le vingt-quatrième mois, ne l'est pas non plus. Il nous semble cependant que de la coïncidence constante de ce dernier phénomène avec un autre, la dentition de lait, doit attirer l'attention ; et, bien que ce dernier soit physiologique, nous croyons qu'il y a entre eux une relation étroite de cause à effet. Relation à laquelle on peut penser de prime abord, la seule raison peut-être qui la fait repousser par les esprits qui cherchent des explications savantes ; quant à celle de la localisation, bien que moins manifeste, elle n'en demeure pas moins établie et certaine pour nous, nous allons voir pourquoi et comment.

L'influence de la dentition sur l'état de santé chez l'enfant a été et est encore très discutée : exagérée par certains auteurs, elle est niée par les autres. Il est préférable d'être éclectique et de penser comme le professeur Filatow si l'on veut être avec la vérité. «Pour moi, il m'est impossible de nier qu'il existe un certain rapport de cause à effet entre la période de dentition et quelques-unes des

affections infantiles, toutefois il faut être très prudent dans cette assertion pour chaque cas en particulier, afin de ne pas laisser inaperçues les autres causes possibles d'une maladie.

» Ce rapport n'est réel que quand l'affection a précédé immédiatement l'apparition de la dent, quand la partie correspondante de la gencive est tuméfiée, et enfin quand l'affection disparaît dès que la dent est percée. Cette probabilité de cause à effet deviendra presque une certitude quand les mêmes phénomènes morbides se répèteront à l'apparition de chaque nouvelle dent et quand il sera impossible de trouver une autre cause plausible à l'état morbide. »

L'observation n° 2 du groupe I si complète, est, on en conviendra, absolument concluante, et répond entièrement et d'une façon non équivoque aux différentes conditions requises par l'éminent pédiâtre russe.

Nous assistons là au processus complet d'un eczéma précédant l'éruption des premières dents et évoluant parallèlement à l'évolution dentaire. Il reçoit de celle-ci des contre-coups directs, puisque les diverses poussées coïncident exactement avec l'éruption de nouvelles dents, et qu'elles disparaissent ou s'atténuent avec elles.

Nos autres observations, quoique moins typiques, n'en sont pas moins concluantes ; toujours, nous voyons l'affection précéder de peu le phénomène physiologique, et perdre son caractère aigu avec sa disparition.

La localisation apporte un appoint de plus à notre théorie : nous l'avons dit, et nous le répétons, que l'eczéma de l'enfant se cantonne de préférence à la face et à la partie antérieure du cuir chevelu, même lorsqu'il est généralisé, on est frappé de la constance presque exclusive de son début dans ces régions.

C'est qu'en effet ce sont les parties qui sont le plus richement pourvues de glandes, et par là même les plus richement vascularisées, et, chose plus importante pour nous, c'est qu'elles sont innervées par un même nerf: le trijumeau.

Le trijumeau, « nerf de la cinquième paire, est le plus volumineux des nerfs crâniens. C'est un nerf mixte, il possède deux racines distinctes : l'une motrice, l'autre sensitive. Par ses filets sensitifs, il tient sous sa dépendance la sensibilité de la face et de la partie antérieure de la tête.» (Testut).

D'un autre côté, la symétrie presque constante des plaques eczémateuses, rend évidente la nature nerveuse de son origine, qui ne peut être ici que le trijumeau, qui innerve aussi les gencives.

L'explication de ces phénomènes est excessivement simple et logique et, par conséquent, mérite d'être la seule vraie.

Les dents, pour percer les gencives, sont obligées de déchirer, ou tout au moins d'écarter les tissus qui sont richement innervés par les filets sensitifs du trijumeau. Cette excitation périphérique est le point de départ d'un réflexe qui se fait au bulbe et dont le retentissement peut ou bien se localiser sur le territoire du trijumeau ou dans d'autres parties du corps dont l'innervation doit avoir des connexions plus ou moins étroites avec le nerf qui nous occupe, par l'intermédiaire de la moelle épinière.

Le retentissement de ce réflexe est absolument démontré par la physiologie, car nous savons, depuis les expériences de Claude Bernard, que « en excitant les filets du système cérébro-spinal, on provoque la dilatation des vaisseaux ». On voit aussi que l'importance des phéno-

mènes congestifs, dépendant étroitement de cette dilatation des vaisseaux, est capitale dans la genèse des affections cutanées. Ce sont les poussées fluxionnaires qui gouvernent dans l'immense majorité des cas, l'évolution de toutes les dermatoses, en particulier celle de l'eczéma.

En nous appuyant sur les lésions décrites dans le chapitre de l'anatomie pathologique, la congestion n'est-elle pas le phénomène primordial dépendant de l'état des capillaires que régit le nerf ? Les différents degrés du processus de la dermite ne sont-ils pas en étroite relation avec le degré de congestion des capillaires ?

A une congestion avec une dilatation peu intense des capillaires du derme, correspond la simple rougeur. « La congestion devient-elle plus active ? nous aurons alors une augmentation de la pression sanguine, d'où exosmose qui amènera une sérosité claire et transparente soulevant l'épiderme en cloches, circonscrites, plus ou moins arrondies : ce sont des vésicules, et si le soulèvement de l'épiderme est plus étendu, nous aurons les bulles. Si la congestion des capillaires est plus forte, ce n'est pas seulement du sérum qui sortira, mais les leucocytes eux-mêmes par la diapédèse ; comme à la surface cutanée il y a une pullulation de microbes, dans ce cas le soulèvement épidermique ne contiendra pas seulement une sérosité limpide comme précédemment, mais un liquide trouble et purulent : ce sont les pustules. »

L'influence du système nerveux est non seulement indiscutable, mais excessivement importante ; reste à prouver que la sortie des dents est capable à elle seule d'exciter suffisamment le trijumeau.

La simple observation d'un enfant en pleine évolution dentaire suffit à légitimer nos assertions.

Il éprouve une sensation d'agacement au niveau des

gencives qui lui font porter à la bouche tous les objets qu'il a à sa portée, et ses doigts s'il n'a rien. Une salivation plus ou moins abondante accompagne presque toujours l'éruption d'une ou plusieurs dents. On n'ignore pas que la sécrétion d'une glande est sous la dépendance étroite de sa vascularisation, et que celle-ci varie avec les excitations nerveuses.

Enfin il est un phénomène auquel nous attachons une très grande importance, parce qu'il nous éclaire très nettement sur la nature et l'origine de l'eczéma, et qu'il corrobore tout ce que nous avons dit jusqu'ici sur l'influence nerveuse à point de départ dentaire, et sur sa localisation la plus fréquente. Il consiste en des alternatives de rougeur et de pâleur par lesquelles passe la figure de l'enfant, pendant l'évolution dentaire, et qui sont des signes précurseurs de la localisation morbide imminente. Les mères et les nourrices l'ont bien remarqué et l'ont baptisé dans leur langage populaire du nom de « recoupement ».

Nous sommes d'accord avec l'anatomie pour l'eczéma de la face et du cuir chevelu ; malheureusement il n'en est pas de même pour celui qui siège sur les autres parties du corps : à la nuque, au tronc ou aux membres. Bien que réduits à une hypothèse, nous ne sommes pas moins persuadés de leur même nature et de leur même origine puisqu'ils présentent une même évolution et des caractères identiques.

Nous n'avons pour preuves à l'appui que des faits cliniques, nous dira-t-on ? Mais n'est-ce pas là le plus important, la base la plus solide ? C'est sur eux et par eux qu'on a construit toutes les théories pathogéniques vraiment dignes de ce nom ; et lorsque par eux nous concluons qu'il y a corrélation constante entre plusieurs

phénomènes, on peut espérer que, tôt ou tard, l'anatomie et la physiologie ne tarderont pas à corroborer leur relation étroite de cause à effet.

Si pour l'eczéma de la face et du cuir chevelu, le trijumeau seul est en cause, nous sommes obligé de recourir ici aux nerfs tributaires des régions atteintes qui, par des connexions plus ou moins directes avec la cinquième paire des nerfs crâniens, communiquent à ces régions les excitations dont ce dernier est le siège. Nous répétons que ce n'est là qu'une simple hypothèse, mais l'anatomie peut, un jour, l'élever au rang de fait scientifique, car le système nerveux dont la connaissance date depuis peu, n'a pas encore dit son dernier mot, on est encore loin d'en connaître tous les secrets. Ce qui nous ferait croire que nous sommes dans le vrai, c'est que dans la majorité des cas, l'éruption des mêmes dents correspond aux mêmes localisations : à la première dentition : eczéma de la face et du cuir chevelu ; à la dent de 4 ans, eczéma de la nuque ; à celle de 13 ans, eczéma des membres ou du tronc.

Même lorsqu'il paraît sous la dépendance directe de parasites, de poux par exemple, comme chez la malade de l'observation n° 1, groupe II, l'eczéma subit l'influence de la localisation. Cette malade avait des parasites dans toute la tête ; pourquoi alors cette localisation si limitée en somme à cette partie de la nuque, puisqu'elle dépassait à peine la lisière du cuir chevelu ? La dentition nous paraît seule capable d'expliquer ce curieux phénomène.

N'en est-il pas de même chez cet autre petit malade de l'observation n° 3, groupe I, atteint d'accidents syphilitiques localisés uniquement à la face ?

Ces deux exemples nous amènent à conclure que l'évo-

lution dentaire constitue une cause pathogénique surtout « localisatrice ».

Elle ne peut être suffisante, car, comment expliquer alors, que tous les enfants n'en sont pas atteints ? Elle nécessite, pour être réelle et efficace, certaines conditions générales, du côté de l'enfant, qu'il nous est facile de déterminer par la simple observation des faits.

L'eczéma, en effet, frappe surtout les enfants les plus beaux, les plus bouffis, ceux qui présentent ce que notre maître M. le professeur Baumel a appelé si judicieusement la « pléthore lymphatique », qui correspond admirablement à la description que Potain a faite du lymphatique : « L'enfance est l'âge où les ganglions, normalement plus actifs pour faire face à l'activité plus grande des phénomènes de nutrition, sont aussi les plus enclins à l'hypertrophie. A cet âge, il est peu de sujets qui ne participent plus ou moins au tempérament dit lymphatique. Chez beaucoup d'enfants, ce tempérament exagéré devient un commencement d'état morbide qui prend le nom de lymphatisme. Chez ceux-là, l'abondance du tissu cellulaire est une sorte d'*exubérance des sucs nutritifs* qui l'imbibent, donnent aux chairs une consistance molle. *Les ganglions sont gros, ils ont surtout une tendance manifeste à se tuméfier sous l'influence d'irritations très légères ou même d'excitations purement physiologiques. Les plaies suppurent souvent, guérissent lentement, bourgeonnent beaucoup.* Enfin, on pourrait dire que le système lymphatique, fonctionnant avec une sorte de suractivité au détriment du reste de l'organisme, semble constamment disposé à réagir avec excès. *Un pas de plus et l'on touche à la scrofule.* »

Cet état constitue une « prédisposition non seulement

efficace mais presque nécessaire » pour que l'influence de l'évolution dentaire soit réelle.

« Les enfants qui en sont atteints sont habituellement ceux dont l'alimentation est trop copieuse ou trop réparatrice, soit qu'on leur donne le sein trop souvent ou trop abondamment chaque fois, soit enfin que, par suite de l'insuffisance apparente ou réelle de la nourrice, on les soumette à l'allaitement mixte (naturel et artificiel) trop abondant.»

L'existence de cette « pléthore lymphatique » semble être démontrée par la disparition de l'eczéma chez un enfant atteint soit de gastro-entérite, de pneumonie, de méningite, d'une maladie aiguë ou d'une fièvre éruptive.

« Un certain degré d'anémie résultant de la diète, de la fièvre pneumonique, rend moins abondants les matériaux, les sucs nutritifs qui, en temps ordinaire, produisent et entretiennent l'eczéma. » (Baumel).

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Nous passerons rapidement sur les engorgements ganglionnaires, ils ont pour nous peu d'intérêt, étant communs à toutes les plaies plus ou moins infectées. Mais à la dermite qui constitue l'eczéma peuvent succéder des pyodermites, avec formation d'abcès cutanés ou sous-cutanés.

On a vu plus haut que l'impétigo pouvait se surajouter à l'eczéma, pour former l'eczéma impétigineux; il peut être considéré comme une complication, puisqu'il est dû à une infection staphylococcique. « En même temps que l'eczéma devient impétigineux, on peut voir apparaître une série d'altérations, de la famille de l'impétigo. Aux confins du territoire de l'eczéma d'abord, et puis ailleurs, peuvent se montrer des pustules typiques d'impétigo ; il peut se produire de la kératite phlycténulaire qui n'est autre chose que de l'impétigo de la cornée, de la rhinite impétigineuse (rhinite vestibulaire, ulcéro-croûteuse) ; de la labialite fissuraire ou diphtéroïde ; des tournioles, des abcès multiples, des adénites. » (Marfan.)

Nous voulons surtout attirer l'attention sur ce qui se passe, lorsqu'un enfant atteint d'eczéma contracte en même temps une affection viscérale plus ou moins grave

comme la broncho-pneumonie, la néphrite et qui ont été considérées autrefois comme étant des métastases, et dont la nature aujourd'hui est encore discutée.

« On a parlé de manifestations viscérales, de répercussion de métastase. Cela ne veut pas dire que l'eczéma se porte de la peau aux muqueuses ou aux séreuses viscérales. Si à la suite de la disparition spontanée ou provoquée d'une large surface eczémateuse, l'on voit l'enfant présenter les accidents méningitiques, intestinaux ou broncho-pulmonaires, cela ne veut pas dire que les méninges, la muqueuse des voies digestives, les bronches et les alvéoles pulmonaires sont devenues le siège d'une éruption eczématiforme On suppose, en pareil cas, que l'eczéma est un *émonctoire*, une surface par laquelle s'éliminent des produits toxiques : si cet émonctoire vient à manquer brusquement, l'enfant est empoisonné et cette auto-intoxication peut se traduire par des accidents méningés, pulmonaires, intestinaux, etc... » (Comby.)

Bien que cette conception ne soit déjà plus exactement l'ancienne, qui voulait que ce fût *le même* processus morbide qui envahissait les viscères, nous préférons adopter la théorie que notre maître M. le professeur Baumel a exposée maintes fois dans ses ouvrages (1) et dans ses leçons cliniques, qui explique ce phénomène vraiment curieux d'une façon si simple et si évidente que ce ne peut être que l'interprétation de la vérité.

« Parce que l'on est atteint d'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu, on n'est pas pour cela, tant s'en faut, à l'abri d'une pneumonie *a frigore*, par exemple, ou simple.

---

(1) *Maladies de l'appareil digestif*, 1888.

» Or, de ce que dans le cours de cette pneumonie on verra totalement disparaître la manifestation cutanée eczémateuse, sera-t-on en droit de conclure qu'il y a eu déplacement du processus cutané sur le poumon ?

» Ne serait-il pas préférable, au contraire, de voir dans le poumon pneumonique une simple révulsion résultant de la prédominance d'un acte morbide sur un autre, une véritable substitution plutôt qu'un réel déplacement ?

» Cela nous paraît d'autant plus exact que, dans l'état général créé par la pneumonie, nous trouvons des raisons suffisantes pour expliquer la disparition, la suppression momentanée de l'eczéma.

» Un certain degré d'anémie résultant de la diète, de la fièvre pneumonique, rend moins abondants les matériaux, les sucs nutritifs qui, en temps ordinaire, produisent et entretiennent l'eczéma.

L'organisme ne pouvant mener de front deux affections, la plus forte l'emporte sur la plus faible et l'absorbe en la faisant disparaître, selon l'aphorisme hippocratique : *Duobus laboribus simul abortis vehementior obscurat alterum.*

Le diagnostic de l'eczéma de dentition ne diffère pas de celui des autres eczémas ; nous avons vu qu'il pouvait se présenter sous des formes variables, et avec des localisations multiples ; il se différencie des autres par son évolution, et des dermatoses en général, par des caractères particuliers, que nous croyons inutile de reproduire ici.

Quant au pronostic, voici, en quelques mots, ce qu'il convient d'en penser. C'est, avant tout, une affection d'évolution ; commençant avec l'éruption dentaire, il disparaît quand celle-ci est terminée, qu'il soit dû à la première, à la deuxième ou à la troisième dentition.

C'est une maladie en général peu grave, mais certaines circonstances peuvent rendre son pronostic sérieux : la fréquence de ses recrudescences pendant la première dentition, sa longue durée et l'âge tendre du malade. Quelquefois même certaines poussées eczémateuses confluentes atteignant de très grandes proportions, peuvent mettre la vie en danger et être une cause de marasme et de mort. Dans tous les cas, ils constituent peut-être une prédisposition pour de nouvelles poussées pendant toute l'existence, particulièrement à l'occasion de l'éruption de nouvelles dents. On doit surtout le mettre à l'abri de toutes les complications dues aux infections qu'il favorise en quelque sorte, puisqu'il constitue une plus ou moins vaste porte d'entrée à tous les germes pathogènes.

TRAITEMENT

Malgré le pronostic bénin de l'eczéma, il ne faut pas en négliger le traitement. Deux indications semblent se dégager de notre étude :

1° Empêcher l'extension et l'infection secondaire.

2° Combattre la cause primordiale.

On remplira la première, en empêchant tout grattage de la part de l'enfant, et pour cela, on lui coupera les ongles très courts, pour qu'il se nuise aussi peu que possible. Mais les démangeaisons sont d'ordinaire si intenses, que la contention devient presque toujours nécessaire ; on la réalisera en enveloppant les deux mains dans un pansement double fait avec de la ouate simple.

S'il s'agit d'une localisation dans le cuir chevelu, commencer par couper les cheveux ras ; mais là comme partout ailleurs, il faut surtout déterger les croûtes qui constituent de véritables foyers d'infection, qu'il est impossible d'aseptiser. On y arrivera par de simples lavages alcalins, à l'eau de savon, avec de l'eau boriquée tiède, ou par des lotions qui ramollissent ces croûtes et les rendent moins adhérentes, avec la décoction chaude de son, de camomille ou de feuilles de noyer. On peut aussi envelopper la partie eczémateuse de toiles imperméables, de taffetas gommé ou de toile fine de caoutchouc.

Lorsque les phénomènes aigus auront disparu, on pourra faire usage : soit d'une poudre inerte comme le salol, le talc stérilisé ou l'amidon, soit de la pommade :

Acide salicylique. . . .	1 gr.
Oxyde de zinc.	3 gr.
Vaseline	30 gr.

Nous passons volontairement sous silence : les traitements par l'acide picrique, l'huile de cade ou le mercure, qui sont le plus souvent inutiles.

Pour combattre la cause primordiale, il faudra s'adresser aux deux grandes causes pathogéniques : la dentition et la « pléthore lymphatique. »

On facilitera la première, par le lactophosphate de chaux, et en lavant la bouche du petit malade, pour prévenir une stomatite toujours possible. Il est rarement besoin d'intervenir par l'incision de la gencive, pour faciliter la sortie de la dent.

Quant à la pléthore lymphatique, on y remédiera en s'adressant au régime, qu'il faudra régler. S'il s'agit d'un enfant non encore sevré, il lui faudra des tétées régulières, une alimentation peu abondante, mais qu'il est très difficile d'obtenir des parents ou de la nourrice, en raison même de leur grande simplicité.

« Les tétées doivent être le plus tôt possible (au bout de deux ou trois mois) peu abondantes et avoir lieu *toutes les deux heures,* elles sont alors bien plus fortes ; plus tard, enfin, quand on donne des potages, des soupes, etc., il faut *quatre heures d'intervalle entre le moment de ce petit repas et l'ingestion d'une nouvelle quantité de lait.* » (Baumel.)

On peut en même temps administrer du sirop de raifort

qui a une influence assez marquée au point de vue tonique et dépuratif.

Si l'enfant tombait sous le coup d'une maladie intercurrente qui amenât la disparition des plaques eczémateuses, on ne fera rien pour rappeler celles-ci, comme on a essayé parfois par l'application de teinture d'iode, de croton tiglium ou de thapsia, mais on soignera la nouvelle affection comme étant tout à fait indépendante de la première.

CONCLUSIONS

1° Il existe un eczéma qui est intimement lié à l'évolution dentaire, mais qui exige de la part de l'enfant une prédisposition générale qui est la « pléthore lymphatique ».

2° De même qu'à chaque groupe de dents correspond une localisation particulière de l'eczéma, il en est ainsi pour chaque dentition. Il semble résulter de là que la dentition a surtout une influence « localisatrice ».

3° Il n'existe pas de métastases. Dans le traitement de l'eczéma, ne pas s'en préoccuper.

4° S'adresser à la cause déterminative : l'évolution dentaire en lui venant en aide par le lactophosphate de chaux et aux causes prédisposantes par les médications toniques et dépuratives.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE. — Essai sur quelques accidents de la première dentition. Thèse Paris, 1885.

BAUMEL. — Histoire d'une première dentition ; l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant. Montpellier Médical, 1888.

— L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant considéré comme accident de dentition. Rev. mens. des malad. de l'enfance, Paris 1891.

— L'eczéma des jambes et la dent dite de 9 ans. Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier, 1891.

— Leçons cliniques des maladies de l'enfance.

BESINS. — De l'eczéma du cuir chevelu chez l'enfant, compliquant ou simulant la teigne. Thèse de Montpellier, 1896.

BESNIER, BROCK et JACQUET. — Pratique de Dermatologie.

BIDDLE. — Infantile eczema, specially in its relation to the infant's face. Physician et Surg. Detroit et Ann. Arbor., 1894.

BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, 1873.

BROCK. — Étiologie des eczémas. Sem. méd., Paris 1891.

COMBY. — Eczéma infantile et son traitement. Méd. Mod., 1898.

DICKINSON. — Reflex neuroses with which the teeth are associated, Dental Rev., Chicago, 1890.

FILATOW.— Diagnostic et séméiologie des maladies de l'enfance. Traduction du Dr Périer.

FARHI. — Évolution de la première et de la seconde dentition ; leurs accidents respectifs. Thèse Montpellier, 1901.

GOUAN. — De l'eczéma du menton chez le nourrisson. Thèse Montpellier, 1902.

Grancher, Comby, Marfan. — Traité des maladies de l'enfance, 1898.
Holstein. — Neurotic reflexe eczema. Brooklyn. M. J., 1894.
Leloir. — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Thèse Paris, 1882.
— Anatomie path. de l'eczéma. Ann. de dermat. et syph., 1890.
Leredde. — Étiologie et pathologie de l'eczéma. Presse médicale, 1892.
Lévêque. — De l'éruption des dents. Thèse Paris, 1881.
Luigi. — De l'eczéma de la nuque lié à l'évolution de la dent de 7 ans. Thèse Montpellier, 1901.
Magitot. — Étude clinique sur les accidents de l'éruption des dents. Archives générales de Médecine, 1881.
Marfan. — Eczéma séborrhéique des enfants. Bull. méd., 1898.
Petit-Didier. — De l'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant, ses rapports avec l'évolution dentaire. Thèse Montpellier, 1892
Rilliet et Barthez. — Traité des maladies des enfants, 1843.
Roger. — Bulletin Académie Méd., 1885.
Trousseau. — Cliniques.
Testut. — De la symétrie dans les affections cutanées. Thèse Paris, 1876.
Thomas-Thomesco. — Considération sur l'étiologie générale des dermatoses. Thèse Paris, 1895.
Unna. — Nature et traitement de l'eczéma. British Journal of Dermatologie, 1890.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 février 1904
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 février 1904
Pour le Doyen, l'Assesseur délégué :
FORGUE.

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI. — 1056-3

SERMENT

En presence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !